

## **EXPOSICION DE MOTIVOS**

### **Proyecto de Ley “Por medio del cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud”**

La discusión sobre el avance de Colombia en diversos indicadores de salud pública ha sido compleja por decir poco, se ha caracterizado por ignorar los logros alcanzados y desconocer los avances de un sistema dinámico que constantemente se ve exigido a adaptarse a las crecientes demandas en salud, y preferir plantear la noción de sistema fracasado y en crisis que debe ser reemplazado. Para bien de las justas proporciones, una revisión precisa a la evolución de distintos datos empíricos a lo largo de estos 30 años permite exponer un sistema con notables logros en salud y materia social, pero con una serie de problemas y retos por afrontar, lo que nos obliga a definir, ajustar y orientar el funcionamiento del Sistema de Salud, solucionando los problemas actuales y acumulados del Sistema, sin perder de vista los avances y ganancias sociales alcanzadas hasta ahora como son la cobertura universal, el financiamiento progresivo del sistema, la protección financiera de los hogares y el mayor acceso a los servicios.

#### **Evolución y fortalecimiento del esquema de aseguramiento en salud.**

En Colombia al igual que los demás países del contexto latinoamericano, durante la última década del siglo XX se llevaron a cabo diferentes iniciativas de reforma a los sistemas de salud. Para ese entonces, el sistema de salud operante, conocido como Sistema Nacional de Salud, se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, poca eficiencia, ausencia de subsidios públicos para los pobres, grandes desembolsos directos de particulares, y una enorme desigualdad, pues la población pobre era la más afectada. (Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman, 2010)

En 1992 alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la urbana no estaba cubierta por sistema alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. Además de esta inequidad en la cobertura, la poca que había se materializaba a través de la prestación de servicios inequitativos, como lo refleja que el 12% de las hospitalizaciones y 20% de las cirugías hechas por el sector público, eran percibidas por el quintil más rico de la población (Zapata, 2012). En este contexto la reforma a la salud de 1993 (Ley 100) apuntó principalmente a dos objetivos: la universalización de la cobertura de sistema y el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales (Ruiz, 2010) mediante unos nuevos arreglos

contractuales que alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997 citado en Escobar et al, 2010).

Teniendo de presente las limitaciones que se han presentado en la implementación de este sistema y sus objetivos, que de hecho motivan en parte esta iniciativa, una importante literatura especializada ha hecho referencia a la efectividad de esta reforma sobre el incremento de la cobertura, especialmente para la población más vulnerable, sobre el incremento en el acceso de los servicios y sobre los avances en protección financiera de los hogares y reducción del gasto catastrófico. A su vez, el avance normativo que ha implicado el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, la cobertura casi universal por encima del 98% no solo para nacionales sino para residentes, la ampliación de beneficios, el aumento en de oferta en la prestación de servicios y la mejoría de los resultados en salud de la población.

A pesar de lo anterior, persisten serios problemas en la calidad, oportunidad e integralidad de la atención médica y en el desarrollo y formalización del talento humano. Barreras para el acceso a procedimientos, especialistas o medicamentos, que pueden ser aún mayores en ciertas regiones, la baja detección del riesgo en el ciudadano y discontinuidad en el paciente, el cual enfrenta un sistema fragmentado, y la baja tasa de consultas de promoción y prevención dan muestra de las tareas inacabadas y retos a solucionar por parte de la institucionalidad rectora y que son objeto de abordaje por parte de las propuestas definidas en la presente iniciativa legislativa.

### ***Cobertura del aseguramiento.***

Para 1991, sólo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) al 28% de la población (DNP, 2000)<sup>1</sup>, mientras que hoy se habla de una cobertura del 97,6%. (Min Salud, 2020)<sup>2</sup>. De igual forma esta cobertura se caracterizaba por enfocarse en la población con mayor capacidad económica, en detrimento de la afiliación de los sectores más vulnerables. Mientras el 47% del quintil poblacional más rico tenía cobertura en salud mientras que solo el 4.3% del quintil más pobre tenía este tipo de protección.

En los primeros años de implementación de la reforma, durante 1993 y 1997 la cobertura del aseguramiento pasó del 20 al 57 por ciento de la población debido a la extensión de la cobertura a los dependientes o grupo familiar de los individuos que cotizaban a una de más de 1000 instituciones de seguridad que existían con anterioridad a 1993; y, el otorgamiento de subsidios a cerca de 7,0 millones de

---

<sup>1</sup> DNP. (2000). Gasto Público en Salud 1990-1999. Claudio René Karl. Unidad de Análisis Macroeconómico

<sup>2</sup> Min Salud (2020). SERIE ANUAL DE AFILIACIÓN A NIVEL NACIONAL 1995-2020(octubre).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/serie-departamental-afiliados-contributivo-2005-2016.pdf>

colombianos. (Céspedes Londoño, Jaramillo & Castaño, 2002)<sup>3</sup>. En contraste, el SNS solo afilió al 18% de los dependientes de sus afiliados.

La afiliación al SGSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado. Para el año 2008 y tras 15 años de operación del sistema, la cobertura total, llegó al 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003, explicado en gran medida por el aumento en la cobertura de la población sin capacidad de pago, pues en este periodo de tiempo el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo.

La cobertura también ha sido equitativa, superando la situación en la que se encontraba la población más pobre cincuenta puntos porcentuales más abajo que la del quintil de más altos ingresos en 1995. Tras la implantación del esquema de aseguramiento las brechas de cobertura entre la población con distintos niveles de ingreso se han venido disminuyendo. Para 2004 la cobertura del seguro en el grupo de ingresos más bajo se había multiplicado unas 18 veces respecto del nivel de 1993, mientras que la cobertura en el grupo de ingresos más altos aumentó 1,4 veces. (Giedion, Díaz & Savedoff, 2010). Para el 2016, tanto el 92,6% de la población con menores ingresos como el 91,1% de la población con mayores ingresos contaba con cobertura de afiliación al SGSSS. (Min, Salud 2017)<sup>4</sup>

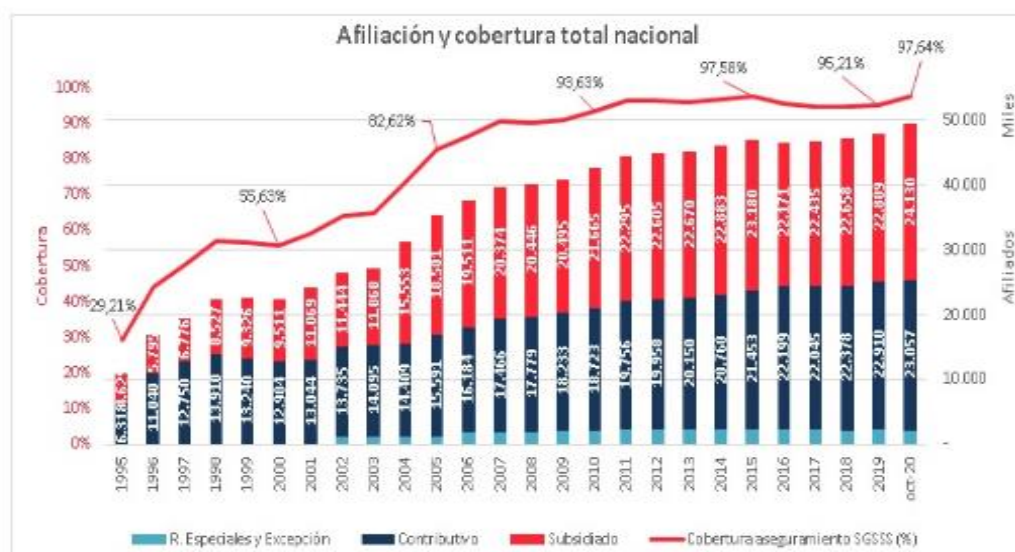
A su vez ha sido un elemento que ha incidido sobre el cierre de las brechas regionales. En 11 departamentos (Caquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada) que corresponden a su vez a zona rural o alta dispersión y con presencia de grupos de especial protección, más del 80% de la población afiliada es atendida por el régimen subsidiado. (DANE-ECV, 2019)

---

<sup>3</sup> Céspedes Londoño, J. Jaramillo I & Castaño, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia

<sup>4</sup> Ministerio de Salud. (2017). Boletín del Aseguramiento en Salud.

**Gráfico 1. Cobertura del aseguramiento 1995-2020**



Fuente. MinSalud, 2020

En últimas se puede evidenciar cómo la cobertura aseguramiento ha venido aumentando en todos los grupos de ingresos desde 1993. Dicha mejora ha sido especialmente pronunciada entre los más pobres y en las regiones menos desarrolladas.

### **Protección financiera.**

La protección financiera en salud implica que, las personas indistintamente de sus condiciones socioeconómicas y políticas puedan obtener los servicios de atención médica que requieren sin experimentar dificultades financieras o comprometer su capacidad adquisitiva. Es tal su importancia en cualquier sistema de salud que ha sido incluido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sustentables -ODS-2030-. (OPS, 2020)<sup>5</sup>

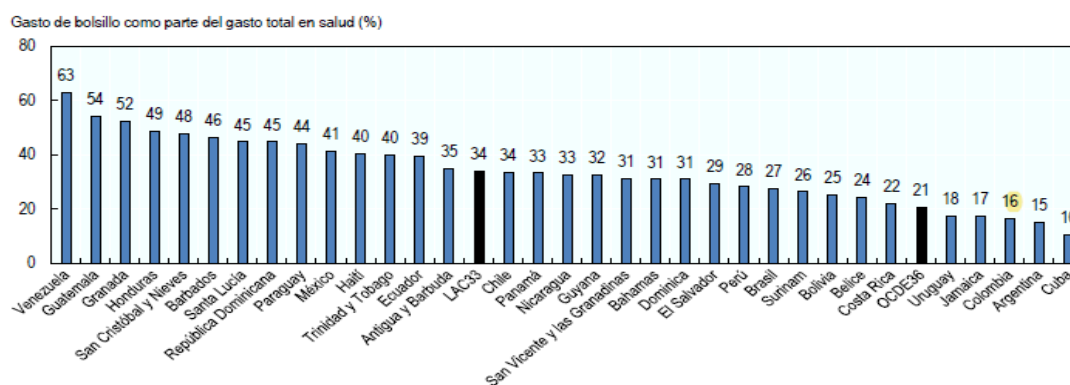
Una de las principales barreras para acceder a la atención y servicios de salud surge de los gastos de bolsillo en salud, pues si este gasto sobrepasa cierto umbral del ingreso disponible de los hogares, puede ser un generador potencial de pobreza, adoptando la definición de gasto catastrófico. Un alto nivel de estos gastos es indicador de sistemas de salud débiles, niveles más bajos de cobertura de servicios

<sup>5</sup> OPS. (2020). La OPS trabaja con los países para desarrollar capacidades para calcular e informar indicadores de protección financiera para el desarrollo de políticas

y, en general, un peor escenario de referencia para enfrentar coyunturas como la pandemia actual. (OCDE, 2020).

Colombia, a pesar de su desigualdad e inequidad histórica, ha logrado reducir dicho gasto a un nivel más que reconocible, pasando de 52% en 1993 a un 16% en la actualidad, valor muy inferior al promedio de Latinoamérica y el Caribe (LAC) donde representa el 34% del gasto total en salud, e incluso muy por debajo del 21% en los países OCDE que contrasta en gran medida con el promedio regional. (OCDE, 2020).

## Gráfico 2. Gasto de bolsillo en Colombia, Latinoamérica y promedio OCDE

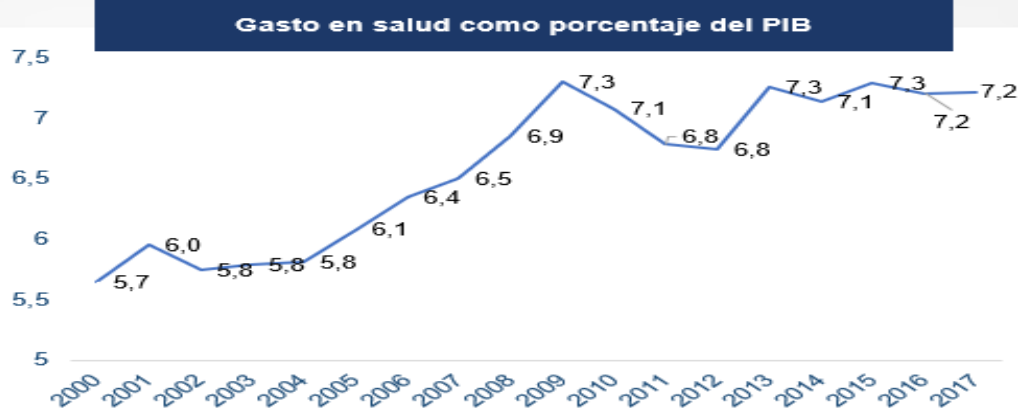


Fuente: OCDE. (2020). Repositorio Global de Gasto en Salud, OMS 2020;

Con el aumento en la cobertura y alta protección financiera, el país también avanzó en la atención y prestación de servicios de salud. Por ejemplo, en 1993, de las personas que manifestaron haber estado enfermas, el 60 % no asistió a un servicio médico por falta de dinero, a 2016 este porcentaje solo llegaba al 6,7%. (Min Salud, 2017)

Esta mejora ostensible de la protección financiera ha implicado el esfuerzo en la consecución e inversión de recursos por parte del Estado, el cual con el pasar de los años ha venido aumentando, ubicándose en la actualidad en un 7,2% del PIB, inversión superior al promedio regional que para el año 2017 (última medición) alcanzó el 6,6% del PIB. (OCDE, 2020).

**Gráfico 3. Gasto en salud como porcentaje del PIB Colombia.**



Fuente Min Salud

### ***Ampliación de beneficios.***

La ampliación de la cobertura de aseguramiento hizo notable la obtención de beneficios en salud para la población, especialmente para la que se encontraba en condición de pobreza. Independientemente de su capacidad de aporte al Sistema, desde 1993 hasta el 2011, el Sistema se enfocó en la cobertura total de condiciones específicas para dicho régimen y en la cobertura parcial del plan de beneficios. En este sentido se dio la adopción del manual de medicamentos en 1997 y su posterior actualización en 2002, la política de atención integral de patologías de alto costo en 2003 y la aclaración y compilación de los contenidos del POS subsidiado en 2005. Para el 2009 el contenido del POS del régimen subsidiado representaba cerca del 60% del que tenía el régimen contributivo. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018).<sup>6</sup>

Para los años 2011 y 2012, como respuesta las limitaciones de años previos, se dio la unificación para toda la población del Plan de Beneficios (PBS antes POS), primero mediante la unificación plan de beneficios entre mayores de 60 años y luego para la población entre los 18 y 59 años y desde 2017 se definió un listado explícito de exclusiones que implica la cobertura de prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, independiente de la capacidad de pago del afiliado.

Dicha ampliación de beneficios estuvo acompañada de ajustes en la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado, de manera que esta pasó del 56,3%

<sup>6</sup> Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?

de la UPC contributiva en 2008 al 89,5% en 2018. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018). Para la fecha, el reto del sistema es obtener los recursos que permitan la puesta en marcha de los instrumentos técnicos para la nivelación plena de la UPC.

### ***Aumentado en la oferta y acceso a servicios de salud.***

Para finales de 1993 cuando entraba en vigor la reforma, la prestación de servicios para la población se caracterizaba por la limitada infraestructura para la prestación de los servicios y la discordancia entre la oferta hospitalaria y los subsidios destinados a cubrir estos costos que a su vez no reflejaban las necesidades y demandas de la población. La implantación del aseguramiento ha traído consigo una mayor oferta y acceso a atenciones y procedimientos médicos por medio de la reducción en las barreras socioeconómicas en el acceso y la dotación de infraestructura que limitaban el modelo de salud previo a la reforma.

En términos de acceso a estos servicios, como lo señala *Escobar, et al. (2010)* si bien el esquema normativo definía que los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin cobertura de seguro, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debía afrontar costos directos.

En este sentido, el instrumento de subsidio público era ineficiente y regresivo pues beneficiaba a pacientes con capacidad económica. Casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes con más recursos que estaban hospitalizados realizaba desembolsos directos (Molina et al 1993, citado en Escobar et al. 2010). Así, las principales razones por las cuales la población enferma no accedía a estos servicios era el costo de los servicios y la limitada oferta hospitalaria, pues los primeros niveles de atención en los centros existentes no daban solución a las necesidades de las personas y en los niveles superiores eran rechazados por su capacidad de pago u ocupación. (DNP, 2000).

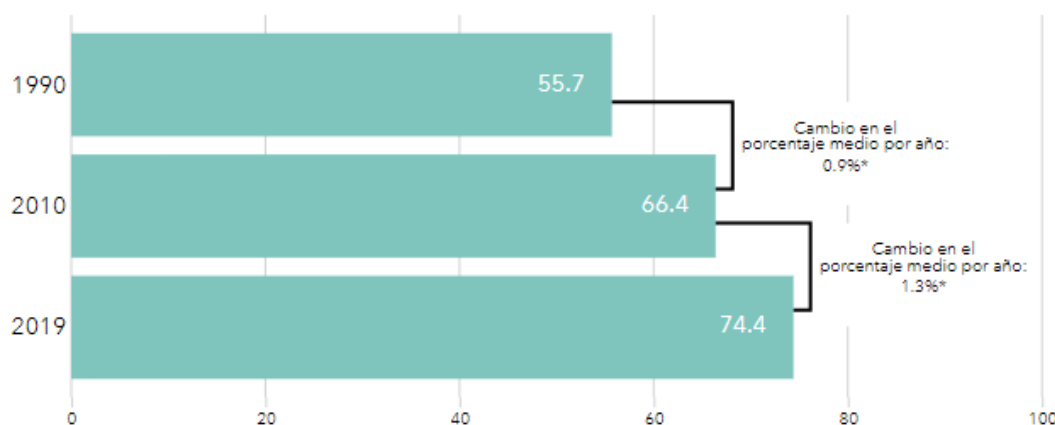
Para los años previos a la implementación del modelo de aseguramiento social, casi el 35% de los colombianos más pobres no iba ni una vez al médico y casi el 60% de las personas que reportaron una enfermedad que requería consulta en un centro de salud en 1993 no utilizó estos servicios debido a los altos costos que esto implicaba.

Esta situación se ha corregido y a la fecha el 96% de las personas que enferman consultan a través del SGSSS. (Min Salud, 2020) De este total el 66% de las personas considera que es fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud, lo que

significa un avance en la percepción de acceso a los servicios de salud pues en los últimos 5 años pues en el 2015 solo el 43% lo consideraba.

En este sentido, como lo evidencian distintos estudios y evidencia, Colombia ha presentado importantes avances medibles, tal como lo refleja el índice de cobertura efectiva de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que representa la cobertura de servicios para todas las necesidades sanitarias poblacionales y la medida en que esos servicios podrían contribuir a mejorar la salud, que para 1990 llegaba a un 55.7% y para 2019 alcanza el 74,4%

**Gráfica 4. Avance en cobertura sanitaria universal CSU**



Fuente: IHME. 2020 ¿Qué tan bien proporciona este país o territorio servicios de salud esenciales y eficaces?

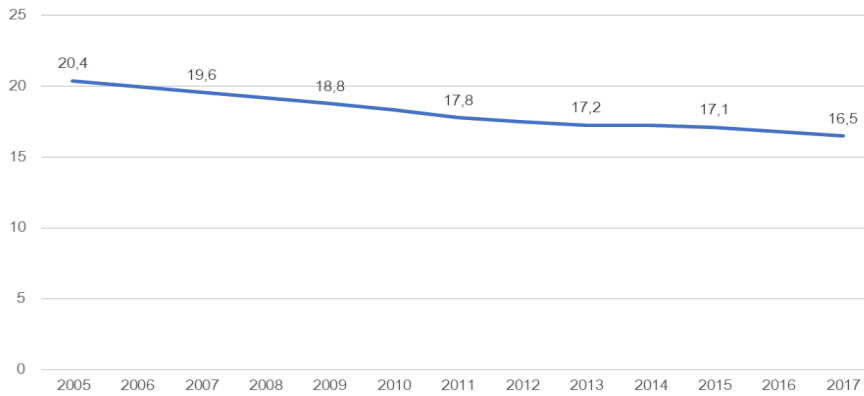
### **Resultados en salud.**

Las anteriores secciones demuestran como a lo largo de estos 29 años de implantación del esquema de aseguramiento social en Colombia, ha habido una mejora sistemática en la mayoría de los indicadores de salud pública. En palabras del Banco Mundial (2019)<sup>7</sup> la Cobertura Universal en Salud está sólidamente arraigada. Los resultados han mejorado en mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de vacunación.

**Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil (ajustada) x 1000 N.V.**

<sup>7</sup> Banco Mundial. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia

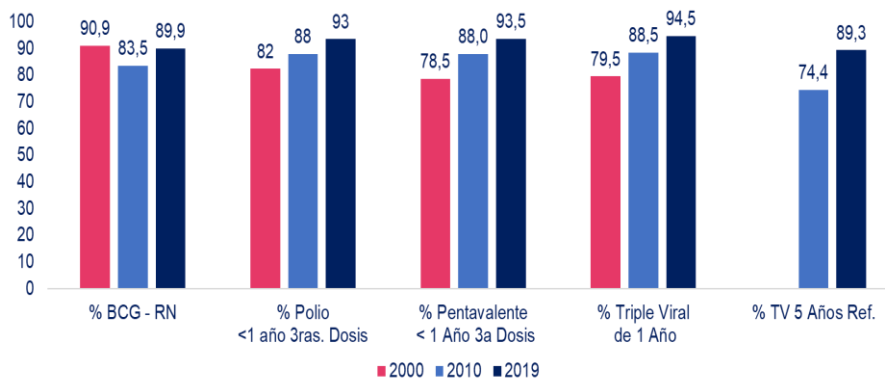




Fuente: Min Salud. 2020

Además, Colombia ha avanzado en la puesta en marcha del programa de vacunación más extenso de la región con 21 biológicos para 26 eventos inmunoprevenibles, con cobertura que ha ido aumentando desde el año 2000, superando el 90% en varios casos.

**Gráfico 6. Cobertura de vacunas trazadoras.**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

El aumento en la cobertura de los programas de vacunación y la mejoría general de las condiciones de vida de las personas han permitido disminuir indicadores trazadores como como es la mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda la cual pasó de 35 niños por cada 100.000 en dicha década a 11,7 en 2019.

Los distintos indicadores trazadores al mirarse de forma completa inciden en uno de los indicadores de la salud del país dado como es la expectativa de vida de las personas. En este sentido Colombia ha venido mejorando de forma importante la expectativa de vida de su población a un ritmo similar al de otros países de la región.

### Gráfico 7. Expectativa de vida al nacer. 1985-2020

PERIODO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Fuente Dane. (1993, 2020)

### ***Derecho fundamental.***

Este es tal vez uno de los aspectos en el que, si bien hay avances notorios y marcos de acción definidos, el camino por recorrer es amplio. Si bien la Constitución de 1991 en su artículo 49 planteó que todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud y que es responsabilidad del Estado su provisión, y nunca se habló de un derecho a la salud, la exigibilidad del derecho a los servicios de salud a través de las cortes por mecanismos expeditos para su reclamo como la tutela, sentó las bases para un reconocimiento a través de jurisprudencia en donde la Corte Constitucional estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con la vida y la dignidad y por lo tanto tutelable (Lamprea, 2017; Gutiérrez. 2018).<sup>8</sup>

Este protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo se cristalizó en las sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008, en donde se definió el derecho a la salud como “ la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de

---

<sup>8</sup>Lamprea. (2017) The Judicialization of health care: A global and comparative perspective. Annual Review of Law and Social Science,

restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”. (Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008)

Los anteriores avances sentaron las bases para que en 2015 se adoptara la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en la que el legislador definió reconoce y regula los elementos esenciales de este derecho fundamental, específicamente, su naturaleza y el alcance de esta garantía, la definición de sistema de salud, las obligaciones del Estado, sus elementos esenciales y sus principios, los derechos y deberes específicos, así como la intersectorialidad. Se consagró así el derecho en su dimensiones individual y colectiva: como derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y como servicio público el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad por parte del Estado. (Defensoría, 2019).

### **Aumento en las demandas de salud, nuevas dinámicas y necesidades de ajustes y evolución.**

Esta combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993, han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos, y por tanto la exigencia al sistema y sus capacidades, que con el tiempo se tradujeron en fallas en la accesibilidad, continuidad, calidad, equidad y cobertura territorial y en el ámbito del derecho.

Estas fallas se atribuyen, en parte, a la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de la salud junto al compromiso de los sectores diferentes al sector salud, para el logro progresivo de la garantía de dicho derecho; la limitada competencia, el divorcio entre el esquema de aseguramiento, el esquema de prestación de servicios concentrado en la curación, y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención; la no exigencia de una mayor gestión del riesgo clínico y financiero realizada por algunas EPS; la carencia de un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria; falencias en la planeación y empleabilidad digna del recurso humano del país; la ausencia incentivos financieros y no financieros para premiar la calidad de atención en salud y la escasez de fuentes de financiamiento en salud.

Nuestro sistema de aseguramiento social se ha caracterizado entonces por su baja reputación y legitimidad ciudadana, desconfianza entre los actores, intervención limitada sobre los determinantes sociales de la salud y muertes evitables, existencia de barreras administrativas, geográficas y económicas para el acceso a ciertos

servicios, escasez y distribución ineficiente del recurso humano en salud y por ver constantemente amenazada su sostenibilidad financiera

Este contexto implica que, tras 29 años de operación del modelo de aseguramiento, las expectativas de los colombianos respecto al Sistema han cambiado, por lo que el sistema de salud debe evolucionar de forma dinámica y superar los problemas que impiden una atención integral en salud con atributos de oportunidad, eficacia y calidad, consolidando una visión de largo plazo del sistema.

Dichos cambios deben partir del reconocimiento de los éxitos alcanzados y lecciones aprendidas en estas casi 3 décadas, de forma que las falencias sean subsanadas de forma estructural y las nuevas expectativas sean realizables.

### ***Ajustes transversales necesarios para la evolución del Sistema.***

Partiendo de la ponderación entre los alcances y evolución de nuestro sistema de salud y sus retos y tareas pendientes, la alternativa a las propuestas de acabar con lo construido radica en consolidar un esquema sistémico regulado que module los fallos de mercado y provea elementos para estandarizar los procesos de atención, de acuerdo con las definiciones de sistema e integralidad contenidas en la Ley estatutaria de la salud (Ruiz, 2018).

En este sentido se hace necesario primero reconocer el protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo alcanzado con la Ley 1751 de 2015, y desarrollar su concepto de Sistema de Salud tal y como se colige del artículo 4° de dicha norma, mediante una serie de ajustes transversales y generales al sistema y las interacciones que se dan entre sus actores, incorporando a lo largo del sistema elementos mínimos que intervengan en la relación de los aseguradores, prestadores, entidades territoriales y personas, tal como son: un modelo de atención, la gestión integral del riesgo en salud, la planeación integral en salud pública, la interoperabilidad de la información a través de un sistema de información y el ajuste de estas estrategias, mecanismos y procesos, a la visión de las poblaciones en las distintas regiones del país. Estos ajustes transversales van en conjunto con ciertas medidas de ajuste y fortalecimientos específicos al esquema de aseguramiento, la prestación de servicios a través de redes y la operación de las ESE en las regiones, talento humano, y medidas orientadas a lograr la sostenibilidad financiera del sistema.

### **Modelo de atención integral y diferenciado.**

La baja implementación de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y desaprovechando la capacidad del sistema de salud de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes, comprometiendo continuidad de los servicios y privilegiando el evento en salud y sus costos como forma de atención.

En efecto mientras sólo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017), lo que además ha determinado un gasto excesivo en los servicios hospitalarios. Otros datos de resultados evitables nos muestran los impactos negativos resultantes de la ausencia de un modelo enfocado en la atención primaria:

235 por cada 100.000 personas entre los 30 y 70 años mueren por causas evitables (enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, EPOC y enfermedad renal crónica en aumento). Fuente: EEVV, DANE, IHME.

Solo el 72% de los pacientes hipertensos diagnosticados están controlados.

Incremento de la Razón de Mortalidad Materna: 6,5% en 2019 en comparación con el 2018. Principalmente por muertes en Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Tolima.

Bajas tasas de detección temprana: sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos. Coberturas deficientes de tamizaje: inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama.

El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio, de 70 días.

Incidencia de sífilis congénita en aumento (3,1 x 1.000 n.v; meta: <0,5)

Ocupación subóptima de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007 – 2012. (Ministerio de Salud, 2016).

En este sentido, la propuesta apunta a definir un modelo de atención que orienta el sistema hacia la prevención, promoción y mantenimiento de la salud, cerca al lugar de residencia, trabajo o recreación, a cargo de un prestador primario que le asignará a cada persona y su grupo familiar, un médico con enfoque de salud familiar y comunitario, de su libre elección, que apoyado por un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) con capacidad resolutoria superior al 70%, capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención.

Este modelo ha sido propuesto como un sistema moderno en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13).<sup>9</sup> y busca garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio. A su vez favorece al mejoramiento de la prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongestiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención.

### **Planeación integral de la salud pública.**

En Colombia el abordaje a la salud pública se ha realizado desde una visión exclusiva del sector salud, lo que ha limitado la resolución de problemas en salud más allá de lo prestacional y reducido el flujo compartido de recursos, saberes y experiencias de los demás sectores. Esto ha generado que la búsqueda de soluciones integrales en las distintas políticas públicas del sector salud, y los demás sectores donde se puede y debe incorporar el enfoque de “salud en todas las políticas” planteando por la OMS en la Declaración de Adelaida de 2010, tal como esta pandemia nos ha evidenciado que si se puede hacer.

A esto se le suma que las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes entidades territoriales en materia de planeación y ejecución de intervenciones colectivas oportunas y costo-efectivas (Vecino, Puerto, Lucumí & Mosquera, 2020)<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, Garavito, Liz. 2013. “Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008.” *Pan American Journal of Public Health* 33 (2):107–15.

Ruiz, Fernando, Zapata, Teana. 2015. La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

lo que en conjunto ha impactado de forma problemática en la articulación de los distintos actores intervinientes -directa o indirectamente- en el goce el derecho fundamental a la salud, en torno a metas y soluciones comunes.

Un ejemplo de esta ausencia de coordinación entre las acciones de los diferentes agentes sectoriales e intersectoriales que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, es que las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 (con cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019), están relacionados con intervenciones y decisiones que rara vez pueden ser implementadas por el sector salud y usualmente el manejo de estas problemáticas depende directamente del sistema de salud cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado. En síntesis, el sistema de salud se ha convertido en un receptor de personas con afectaciones cuyo origen está en factores de riesgo en los que otros sectores tienen mayor incidencia.

**Gráfico 8. Las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 y cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019, para todas las edades mixtas.**



Fuente: IHME. ¿Qué causa la mayoría de las muertes?

Lo anterior se refleja en indicadores como:

Alta mortalidad por accidente de tránsito → 14,53 x 100.000

Prevalencia de exceso de peso alta → viene con un incremento de un punto porcentual apróx. en cada año desde 2005 para adultos y escolares (prevalencia 2015: 56,4% en adultos; 17% en adolescentes, 24% en escolares y 7% en niños).

Tal como se evidenció con anterioridad, por su limitado rol en otros sectores, el sector salud no puede desarrollar intervenciones de salud pública comprehensivas. Esto pone de presente la necesidad de ubicar a la salud pública como función y objetivo central del sistema, por medio de mecanismos e instrumentos de

planeación y gestión de la salud pública a nivel colectivo e individual, integrando tanto las metas nacionales con las necesidades y objetivos en los territorios, los objetivos del sector salud con los de los demás sectores concurrentes en los determinantes sociales de la salud y el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los entes territoriales.

Como respuesta a esta heterogeneidad de capacidades regionales y la ausencia de articulación sectorial y nación-territorio, surge la planeación integral en salud pública desde el ente rector que es el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Plan Decenal de Salud Pública, desde donde se definirá todas las acciones y metas en salud, a nivel nacional y territorial, tanto para el sistema de salud, como para los demás sectores que intervienen en la atención y goce efectivo del derecho a salud así como sus determinantes sociales.

Este instrumento de planeación en salud pública se coordinará a nivel nacional mediante la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, quien articulará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del PDSP, y se integrará con el nivel territorial mediante los actuales Planes Territoriales de Salud (PTS) que se coordinarán con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, quienes se articulan en la Comisión Intersectorial del nivel nacional.

Un rol más activo en la toma de decisiones de política pública en conjunto con los distintos sectores involucrados en la salud a través del Plan Decenal de Salud Pública y la Comisión Interinstitucional de Salud Pública, puede tener un impacto significativo los resultados en salud de las poblaciones, la equidad en salud y reducir en el largo plazo los costos económicos y de capital humano que significan las fallidas y reiteradas acciones de salud pública no efectivas. (OMS, 2014)<sup>11</sup>

Es importante que estos instrumentos cuenten con mecanismo de evaluación y seguimiento permanente, con base en lo cual se genera la información, los indicadores y las alertas necesarias, a manera de un tablero de mando permanente del sistema de salud. Por lo anterior se crea y desarrolla un Sistema de Evaluación continua Nacional y Territorial, que articula desde un enfoque de planeación, las acciones, metas, resultados y evaluaciones a desarrollar por parte de la Nación y los Entes Territoriales en sinergia con los actores privados que concurren en los determinantes sociales de la salud, corrigiendo a su vez la dispersión normativa de las Leyes 1122 de 2006 y 1438 de 2011.

---

<sup>11</sup> OMS. (2014) Helsinki Statement Framework for Country Action



## **Integralidad en la gestión del riesgo.**

La desarticulación de los actores es una limitante a superar en la integralidad en la gestión del riesgo, siendo una característica de la relación entre los agentes que tienen la responsabilidad de gestionar la salud como son los aseguradores, las Entidades Territoriales y las personas, que termina por afectar el marco de acción por medio de la descoordinación y desconfianza mutua. Se evidencia entonces la necesidad de instrumentos y mecanismos que permitan definir adecuadamente los roles y competencias de cada actor y que el cumplimiento de estos tenga como fin último el logro de resultados en salud y el bienestar de las personas, poblaciones y comunidades.

En este sentido se propone la gestión integral del riesgo como estrategia que permite identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores con la visión de lograr de resultados en salud y bienestar en las poblaciones.

Esta gestión integral del riesgo se desarrolla desde un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios, la salud individual, familiar y comunitaria y que se centre en las personas, sus cursos de vida e interacciones con los lugares donde viven trabajan o se recrean, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio

En términos de competencias, la Nación y las Entidades Territoriales serán las responsables del riesgo colectivo en coordinación con las EPSs y los prestadores, y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual. que son responsabilidad de las aseguradoras, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, los prestadores y la población.

Por su parte los aseguradores son los responsables del riesgo individual, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud de su red, responsables del seguimiento, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos de sus afiliados. Así mismo las Administradoras de Riesgos Laborales deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con las aseguradoras a la cual se encuentren estos afiliados. Por último, las personas y comunidades tendrán la responsabilidad de su autocuidado, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de citas; lo cual se incentivará y promocionará con medidas de estímulo.

En términos operativos cada asegurador deberá ser capaz de monitorear el riesgo de los pacientes a nivel individual, identificando riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, así como para el seguimiento de pacientes, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes deberán estar integrados en el marco del Sistema Único Interoperable.

### **Territorialización del aseguramiento.**

La territorialización del aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública, y demás elementos del Sistema de Salud, se da en respuesta a que Colombia presenta uno de los niveles más altos de desigualdad regional en el PIB per cápita de entre los países de ingreso medio y alto y estas desigualdades afectan precisamente a los grupos más desfavorecidos (OCDE, 2019). y sujetos de especial protección a las que hace referencia la Ley Estatutaria en Salud en su artículo 11.

Las minorías étnicas y a las personas desplazadas por el conflicto, que se concentran de manera desproporcionada en las zonas rurales, el acceso a la educación y servicios públicos de calidad también es desigual entre las distintas regiones y grupos socioeconómicos, y en la actualidad, el creciente flujo de inmigración procedente de Venezuela que afecta principalmente a las regiones nor-occidentales del país (OCDE, 2019) son elementos que hace necesario un abordaje diferenciado de los problemas en salud a lo largo del territorio.

Tal como se dijo, las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes autoridades locales en materia de planeación y ejecución de intervenciones en salud pública oportunas y costo-efectivas. A esto se le suma la capacidad dominante que adquiere el asegurador e incluso algunos prestadores en algunos territorios, lo que ha desvinculado la gestión de la salud individual con la gestión de riesgos colectivos. En este sentido, uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, es la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo.

En estas zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deben implantar modelos diferenciados de aseguramiento con un único asegurador. Se propone implantar zonas o áreas especiales de aseguramiento en las que, de acuerdo con una caracterización previa del Ministerio de Salud, se integren áreas de confluencia

departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención.

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, además de solucionar algunos problemas de atención a los usuarios, puede ser también útil en el objetivo de alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea analizó el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros, y simulando el efecto de una mejora en la salud de la población, encuentra que un incremento del 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB.

Es decir, si el Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo enfermedad y discapacidad, se podría contar con ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, logrando hacer frente a la absorción tecnológica y cambios poblacionales. De hecho, la aplicación de este tipo de modelos de atención tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía judicial, puesto que al mejor la continuidad y oportunidad del servicio, los ciudadanos ya no deben recurrir a la tutela (Gutiérrez, 2018, p. 18-19).

***Ajustes específicos: Fortalecimiento del aseguramiento, prestación de servicios integrales e integrados, talento humano suficiente y resolutivo, sostenibilidad y otras disposiciones.***

Los ajustes transversales al sistema van acompañados de una serie de ajustes específicos al esquema de aseguramiento que permita recuperar el rol asegurador y sus actividades de gestión individual y poblacional, la prestación de los servicios y sus problemas de calidad en la atención y fragmentación mediante las redes integrales e integradas en salud, la toma de decisiones en torno a la planificación, gestión y formación del THS

Frente a la existencia de muchos aseguradores surge la propuesta de territorializar la operación de los aseguradores y definir sus poblaciones, de forma que el sistema se acerque a la persona desde una perspectiva territorial y las personas vean representado su rol en el sistema, mejorando las posibilidades de acceso, así como dando herramientas para su evaluación.

## **Mecanismos de pago en función de resultados en salud y calidad en la atención.**

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y más control de gasto, lo que incentiva estrategias de negación de servicios. (Bardey, 2015).

Por lo anterior, se busca establecer el pago de una parte de la UPC con base en los resultados en salud de los afiliados. Dicho esquema de pago obligaría a que los resultados económicos de las EPS obedezcan al cumplimiento de metas sanitarias.

### **Giro directo**

Ante la preocupación por la transparencia en la asignación de los recursos por parte de las EPS, se generaliza la figura del giro directo y se determina que la Administradora de los recursos de la salud ADRES será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para salud, permitiendo monitorear en tiempo real la aplicación de los recursos.

### **Modelo de atención y Prestación de servicios de salud**

El modelo de atención primaria para su funcionamiento óptimo implica el desarrollo de las Redes Integradas de Servicios, las cuales pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. (Gutiérrez, 2018 p. 10). En este sentido, para superar la fragmentación de servicios y barreras en la atención y su continuidad que han significado vulneraciones al mandato expreso del Artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 respecto a la prohibición de la negación de prestación de servicios, se propone la operativización de los modelos de atención integrales y diferenciados por territorios a través de la constitución de las redes integrales e integradas de servicios para la atención, que responde a las necesidades en salud de la personas, familias y comunidades, de acuerdo con las condiciones propias de cada región y territorio.

En este modelo como puerta de acceso al sistema se ubica el Prestador Primario, encargado de promover la salud individual, mitigar los riesgos en salud de la población, atender y resolver la mayor parte de las enfermedades, y concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural. Este prestador primario se encuentra integrado en una Red Integral de Servicios de Salud definida en la que los prestadores complementarios, través del sistema de referencia y contrarreferencia, estarán en la capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos.

Teniendo en cuenta los episodios en salud y enfermedades catastróficas, toda red contará con Centros de Excelencia, como prestadores complementarios independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Las redes integradas de servicios vienen operando con relativa novedad en el Sistema de Salud Colombiano. De acuerdo con la Resolución 1441 de 2016 las RIPS son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido(...)con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud." (Min Salud, 2016).

De esta forma se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones articuladas y coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito como instancia rectora a nivel regional capaz de identificar prioridades operativizar acuerdos interinstitucionales y comunitarios.

### **Talento humano suficiente y resolutive.**

Independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (Ministerio de Salud, 2013). Es tal la importancia de este sector, que la demanda y la oferta de trabajadores sanitarios han aumentado con el tiempo en todos los países de la OCDE, con puestos de trabajo en el sector de la salud y la contabilidad

social en 2014 para más del 10% del empleo total en la mayoría de los países que para entonces eran miembros de dicha organización. (OCDE, 2019).

Sin embargo, la planeación, formación y empleabilidad en condiciones dignas de este recurso humano es uno de los principales retos al interior de todos los sistemas de salud. De acuerdo con el “Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” de la Organización Mundial de la Salud, para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. (OMS, 2016).

En Colombia, varios estudios han señalado un déficit en gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas (Cendex, 2013; Observatorio de Talento Humano en Salud, 2018). Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo con datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Fallas en la regulación de la educación superior, inequidades en el acceso a las residencias médicas, poca oferta de plazas laborales, y condiciones de trabajo poco dignas, son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud. Como lo reveló recientemente el Colegio Médico Colombiano (CMC) el Talento Humano en Salud ha visto mermadas sus condiciones laborales de forma estructural, lo que ha generado efectos directos sobre su salud como el “burnout” o el síndrome del quemado y se refleja en un nivel alto de estrés vinculado al trabajo. La mayor parte de las veces se da por exceso de horas laborando, sumado al poco descanso que termina en desgaste físico y mental.

De otro lado, la configuración del sistema afecta la relación con el paciente, sus necesidades en salud, y de paso la autopercepción funcional del médico. Un documento del CENDEX publicado en el 2012 incluye un estudio de satisfacción de médicos generales y especialistas y reporta que los primeros tienen 30% de capacidad resolutoria y los segundos, 66%.

La capacidad resolutoria de los médicos generales colombianos, y con ello la capacidad formadora de las facultades de medicina del país, está seriamente cuestionada. Ya es común que en diferentes foros e instituciones como el gobierno, la academia, sociedades científicas y más aún, la comunidad en general, se cuestione la calidad del médico general. (Ascofame, 2016).

## **Disponibilidad de Especialidades y su distribución sobre los territorios.**

Las limitaciones laborales y prestacionales de los médicos se ve exacerbado en la frustración de no poder acceder a una especialidad que le permita no solo prestar una atención más precisa sino también mejorar sus condiciones financieras. Para 2015, la tasa de crecimiento de las especialidades era menor que la tasa de egreso de médicos generales, la cual llega a los 5.000 por año en comparación con el crecimiento limitado de las residencias, que solo llega a los 1.800 cupos para las diversas especialidades médicas o quirúrgicas.

De acuerdo con datos de Ascofame hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a los que se gradúan de especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutive que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas. Lo que refleja como en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas acorde con las necesidades e intereses de los distintos actores implicados.

Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas. Esta insuficiencia de especialistas en Colombia también se puede evidenciar en aspectos como la percepción por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). De acuerdo con el informe Cendex (4) un alto porcentaje de Instituciones Prestadoras de Salud (55,6%) afirmó que la planta de especialistas se encontraba incompleta, y 41,3% señaló haber tenido que cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años debido a no tener el personal especializado. En este punto según los directivos de las IPS las razones de la falta de especialistas son:

1. Poca formación de médicos especialistas (73%),
2. Insuficiencia de cupos para especializarse (60%),
3. Bajos salarios ofrecidos a los especialistas (34%),
4. Control de los propios especialistas sobre el número de egresados (32%),
5. Falta de incentivos para especializarse (23%) y
6. Falta de gusto por la ciudad (13%).

Con este contexto de presente queda claro que para el funcionamiento adecuado del Sistema de Salud se requiere reorientar los programas de formación en conjunto con el sector educativo, democratizar el acceso a los cupos, medir la calidad promedio de nuestros médicos generales y generar programas de formación continua y actualización de competencias.

Lo anterior implica un necesario acuerdo entre Estado, IES y centros formativos, en que se revisen los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y se determine la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio. En este aspecto lo que se busca es ofrecer incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud, y las necesidades identificadas a nivel nacional y territorial.

### **Sostenibilidad financiera del sistema de salud.**

Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. Es un hecho que los distintos Estados dedican cada vez más, un porcentaje del producto interno bruto (PIB) para financiar la atención en salud, lo cual puede verse como una respuesta a la mayor demanda y a la presión de las nuevas tecnologías que surgen como alternativa para prevenir y curar la enfermedad.

La unificación de los planes de beneficios, los medicamentos de alto costo, procedimientos y tecnologías no incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico con prevalencia a la enfermedad crónica de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

Lo anterior conlleva a que Colombia tenga que buscar alternativas para alcanzar un óptimo entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, como un proceso de participación de la sociedad ante el aumento de los costos de los servicios (UDEA-GES, 2017).<sup>12</sup>

Para el año 2019, según cifras preliminares del Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto en salud alcanzó el 7,3% del PIB. Aproximadamente, tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos y las necesidades de recursos siguen aumentando.

---

<sup>12</sup> UDEA-GES (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. En Observatorio de la Seguridad Social. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bz2k8IK1sYaRMmhOTXixYks3Qmt0aDRvMGJ3OTVHTmRrQk5F/view>



Si bien este es un gasto importante, al contrastarlos con países de la OCDE encontramos que estos gastan 8,8 % en promedio y las estimaciones apuntan a un gasto en salud que se sitúe al 10,2 % del PIB para 2030 en los países de la OCDE, lo que genera preocupaciones en materia de sostenibilidad (OCDE, 2019<sup>13</sup>) más aún si se tiene en cuenta que la financiación en Colombia es de origen público y depende en gran medida del mercado laboral.

Estrechamente relacionado con las necesidades presupuestales debido a las crecientes demandas y expectativas de la población con su Sistema de Salud, y cuya manifestación práctica ha sido las limitaciones y negaciones en la prestación del servicio, encontramos los recobros por tecnologías no cubiertas por el PBS, como uno de los principales retos para la sostenibilidad del sistema.

Para la gestión de recursos eficiente, y el fortalecimiento y consistencia del sector como un todo, y tomando en cuenta la experiencia exitosa de del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras -FOGAFIN, se propone en el proyecto de la creación del *“Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente”*, cuyo objeto esencial consiste en garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS como resultado de problemas financieros y enfocado en servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento que aseguren el flujo de recursos.

Los ajustes al sistema deben incorporar medidas de fortalecimiento de inspección y vigilancia. En este sentido, el proyecto contempla extender el ámbito de competencia de la Superintendencia de Salud a todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC y toma medidas contra la posición dominante de algún actor.

En este sentido se define la regulación de conglomerados del sector salud, entendidos estos como la participación de algún actor del Sistema de Salud como primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro. Dichos conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud y otras Superintendencias concurrentes en lo relacionado con la

---

<sup>13</sup> OCDE. (2019). Health at glance. [La salud de un vistazo 2019: Indicadores de la OCDE \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/)

revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan.

La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud y ahora tras la expedición de la Ley 1949, y las medidas acá contempladas, se espera una acción de vigilancia más amplia y una capacidad sancionatoria más eficiente.

**Proyecto de Ley “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud”**

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

**DECRETA**

**CAPÍTULO I**

**GENERALIDADES**

**Artículo 1. Objeto y alcance.** Por medio de la presente ley se realizan ajustes al sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se desarrolla lo consagrado en la Ley 1751 de 2015, y se dictan medidas para garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, y garantizar la sostenibilidad del Sistema.

**Artículo 2. Funciones esenciales del sistema de salud.** El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de los servicios y el aseguramiento, de manera que conduzcan al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios.

**Artículo 3. Territorialización del Sistema.** El Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas.

**Artículo 4. La atención primaria en salud.** La atención primaria es la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se

desarrollará de manera articulada con los actores del sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos.

**Artículo 5. Gestión Integral del riesgo en salud.** La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud.

*La Nación y las Entidades Territoriales* serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud y la población.

*Las Empresas promotoras de salud*, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, se concentra en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema.

*Los prestadores de servicios de salud* son responsables de prestar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las empresas promotoras de salud y en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales.

*Las personas y comunidades*, en sus entornos, tienen el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud que inciden en su condición de salud.

## CAPÍTULO II

### GOBERNANZA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**Artículo 6. Gobernanza.** La gobernanza del Sistema general de seguridad social en salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor del Ministerio.

**Artículo 7. Consejo Nacional de Seguridad Social.** Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social que tendrá por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, acompañar la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:

1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.
2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas.
3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes
5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
6. Un representante de las Entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal
7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud.
8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos.
9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud.
11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupa

13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quién lo presidirá.
14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

**Parágrafo 1.** El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley definirá las funciones y el mecanismo de designación de los delegados señalados.

### CAPÍTULO III

#### SALUD PÚBLICA y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

**Artículo 8. Función esencial de la Salud Pública.** La función esencial de la salud pública comprende el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector y la participación social en la salud con el propósito de permitir el diseño de planes, programas, políticas, lineamientos, protocolos, intervenciones y estrategias dirigidas a mantener la salud individual y colectiva de la población.

**Artículo 9. Plan Decenal de Salud.** Modifíquese el artículo 06 de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así:

El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención.

**Parágrafo 1.** El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.

**Artículo 10. Coordinación Intersectorial de Salud Pública.** La Comisión Intersectorial de Salud Pública, a que se refiere la Ley 1438 de 2011 coordinará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP.

A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, con la participación de los sujetos e instituciones relacionadas con los determinantes sociales en salud.

## CAPITULO IV

### ASEGURAMIENTO

**Artículo 11. Función esencial del aseguramiento individual.** La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante los prestadores, la gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo a la prestación de los servicios, la gestión de la red de servicios, la administración de recursos y la gestión del riesgo financiero.

**Artículo 12. Afiliación al Sistema.** Todas las personas que residan legalmente en el territorio nacional, con excepción de quienes se encuentran afiliados a los regímenes especiales y/o de excepción, estarán afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por intermedio de una empresa promotora de salud, quien contará para su operación con redes integradas e integrales de prestación de servicios de salud, de la cual harán parte los centros de atención primaria a los cuales el usuario deberá adscribirse.

**Artículo 13. Derecho a la libre elección.** Las familias y los usuarios tendrán derecho a la libre elección de la entidad promotora de salud al igual que del centro de atención primaria.

**Artículo 14. Unificación del Plan de Beneficios de Salud.** Todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud estarán integradas y contenidas en un único Plan de Beneficios que se complementará con otros servicios de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria.

**Artículo 15. Territorialización de la operación del aseguramiento.** Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, las entidades promotoras de salud operaran por territorios sanitarios definidos por el Gobierno nacional. En la reglamentación se determinarán las condiciones de actualización del ámbito territorial de operación en el que se encuentran autorizadas. En dicha reglamentación, deberá incluir un régimen de transición para la actualización de las autorizaciones para operar, emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la redistribución de la asignación de afiliados entre las entidades promotoras de salud.

**Parágrafo.** El presente artículo se reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

**Parágrafo transitorio.** Hasta tanto el Gobierno nacional no expida la reglamentación de actualización del ámbito territorial de operación del aseguramiento en salud, las EAPBs continuarán operando en los territorios donde hayan sido autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud con anterioridad a la expedición de la presente Ley.

**Artículo 16. Entidades promotoras de salud en zona rural y zona dispersa.** En las zonas rurales y zonas dispersas, el aseguramiento podrá ser administrado por una única empresa promotora de salud, la cual recibirá una Unidad de Pago Por capitación UPC de manera diferencial para cada territorio ajustado al riesgo, las condiciones de dispersión, y condiciones de oferta de servicios.

**Artículo 17. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente variable de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud, de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, resolutivez, satisfacción del usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno Nacional.



**Parágrafo** Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.

**Artículo 18. Giro directo.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para el pago de servicios de salud.

## CAPITULO V

### MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**Artículo 19. Modelo de Atención en Salud.** El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.

Toda persona estará adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.

**Parágrafo 1.** Para la población ubicada en los municipios categoría 4 5 y 6 y la población ubicada en zonas de estrato 1 de los demás municipios y distritos, el estado dispondrá de los equipos de atención comunitaria ejercida por un promotor de salud quienes serán el primer contacto de los usuarios, sus familias y la comunidad con el sistema de salud, tendrán como responsabilidad la identificación de las condiciones de salud de la población asignada, la caracterización de la población, el hogar y el territorio, la identificación de riesgos, la capacitación y educación de las familias y será responsable de hacer la demanda inducida. En estas zonas se podrá disponer de equipos básicos extramurales en salud que complementarán la atención en territorio.

**Parágrafo 2.** La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las AS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

**Artículo 20. Modelo de atención diferencial.** El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.

**Artículo 21. Prestador Primario.** El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

**Artículo 22. Prestadores Complementarios.** Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida.

**Artículo 23. Centros de Excelencia.** Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la

incorporación de Centros de Excelencia, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

**Artículo 23. Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud.**

Las redes integrales e integradas de servicios podrán estar compuestas por prestadores de naturaleza pública, privada o mixta con funciones diferenciadas pero integradas bajo un modelo de atención y la interoperabilidad de la información a lo largo del Sistema.

Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutiva de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.

Las redes integradas e integrales de prestación de servicios de salud se gestionarán con las entidades promotoras de salud, de tal forma que estos buscarán la mayor integralidad posible y en caso de que esta sea parcial, el integrador será la empresa promotora de salud.

**Parágrafo 1.** Las EAPB deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas Redes.

**Artículo 24. Empresas Sociales del Estado.** Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales.

En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una

organización por micro territorios y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con prestadores complementarios.

**Parágrafo 1.** Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.

**Parágrafo 2.** Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta.

**Artículo 25. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado.** Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:

25.1. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros.

25.2. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital.

25.3 Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados.

25.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.

25.5. Planta de Cargos.

**Parágrafo.** Los perfiles de los gerentes de las ESEs se definirán según la tipología expuesta en el presente artículo.

**Artículo 26. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así**

**Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado.** Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.

En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República., dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial

**Artículo 27. Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado.** El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el ministerio de hacienda y el departamento nacional de planeación, desarrollará y financiará el plan decenal de fortalecimiento y modernización de las Empresas Sociales del Estado.

## CAPITULO VI

### TALENTO HUMANO EN SALUD

**Artículo 28. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud.** El Gobierno Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.

**Artículo 29. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.** Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el

marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

**Artículo 30. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud.** El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.

## CAPITULO VII

### FINANCIACIÓN

**Artículo 31. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud.** Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.

El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

**Parágrafo 1.** Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley

**Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en

salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.

**Artículo 32. Órganos de Dirección y Administración.** Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director

La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el presidente de la República.

**Artículo 33. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud.** Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:

**33.1** Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.

**33.2** En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.

**33.3** Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.

**33.4** Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**33.5** Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.

**33.6** Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.

**Parágrafo 1.** Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOOB.

**Parágrafo 2.** En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

**Parágrafo 3.** El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

**Artículo 34.** Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

**34.1.** El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.

**34.2.** Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS fijados por la Junta Directiva del Fondo.

**34.3.** Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.

**34.4.** El producto de la recuperación de activos del Fondo.

**34.5.** El producto de préstamos internos y externos.

**34.6.** Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

**Artículo 35 Régimen de Insolvencia:** A las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del



régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno Nacional.

## CAPÍTULO VIII.

### INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y MEDIDAS ANTIEVASIÓN

**Artículo 36. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.**

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.

**Artículo 37. Medidas Anti Evasión y Elusión.** La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud.

## CAPÍTULO IX.

### OTRAS DISPOSICIONES

**Artículo 38. Periodo de transición.** Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención con los equipos de atención comunitaria, equipos extramurales los centros de atención primaria y las Redes de Prestación de Servicio.

**Vigencia.** La presente ley entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.